

おこさんが 初めて食物アレルギーと診断されて 疑問や不安をかかえているおかあさん！
ご安心ください！ たくさんの仲間がいます！ そして解決しますよ！

第3回 ふくおか食物アレルギー攻略法講座

参加費無料

平成30年11月25日（日）12：00 受付開始 12：30 開演

会場：福岡市立早良市民センター 3階 第1会議室 福岡市早良区百道2丁目2-1
対象：初めて食物アレルギーと診断されたおこさんの保護者
入園/入学を控えた 食物アレルギーを持つおこさんの保護者
保育園/幼稚園の関係者（特に今年着任されたかた、さらに知識を得られたいかた）
定員：50名予定 先着順にて受付いたします *託児あり（お子様おひとり500円）

第1部 12:30～13:30

講演：食物アレルギーってなあに？

食物アレルギーの発症の機序
検査～診断～治療・最新の情報

講師：柴田 瑠美子先生

国立病院機構福岡病院小児科非常勤医師
中村学園大学 非常勤講師
日本アレルギー学会指導医
福岡市食の安心安全推進協議会委員

休憩&試食会 13:30～14:00

- ・アレルギー対応食をご試食
いただきながら休憩
米粉パン、災害用缶詰
ケーキ他を予定
- ・プレバイオティクス
「ベビーオリゴ」のご紹介

第2部 14:00～15:30

入園/入学にそなえて

- ・入園/入学に際しよく遭遇する問題点 15分
松田 健太郎先生 松田小児科医院院長（大野城市）
日本アレルギー学会専門医
- ・喘息予防のための日常生活の注意点 30分
手塚 純一郎先生 福岡市立こども病院
アレルギー・呼吸器科 科長
日本アレルギー学会専門医
- ・ご相談に対するお答え
園/学校での 給食や日常生活についての疑問
や不安等のご相談を事前にうかがい 3人の医師と
おかあさん経験者が おこたえします
- ・エピペン使い方の講習会

§ 参加申込方法 §

- ・当ネットワークサイトからお申し込みください

平成30年11月2日（金）までに 本ネットワークのサイトからweb会員（無料）登録後、
サイト内「第3回ふくおか食物アレルギー攻略法講座申込」からお申し込みください。

<http://allergyfood-fukuoka.net/>



- ・サイトへのアクセスができない場合は、以下の要領でお申し込みください

1、申込者様氏名（ふりがな） 2、同伴者様氏名（ふりがな）、3、メールアドレス、4、電話番号、
5、FAXの場合FAX番号、6、託児申込みの有無 をお書込みの上メール abe.taisuke@lilac.plala.or.jp
にお申し込みください。FAXの場合は、裏面の申込用紙をご利用ください。

受付を承りました方（ご参加可・否）へは、ご連絡先へメール/FAXでお送りいたしますので 必ず
ご確認ください。お申し込み後3日経っても事務局からの参加可否が届かない場合はご連絡ください。
なお、締切前でも先着50名様で締め切らせていただきますので、あらかじめご了承くださいませ。
6か月～10歳までのお子さんのお預かりはできませんが、人数に制限（20名程度 お一人様500円）が
ございますのでご了承くださいませ。 会場内にお連れいただいてもかまいません。
各講座内容につきましては、一部変更する場合がございますことをご了承くださいませ。

【主催】福岡食物アレルギーネットワーク
福岡アレルギーを考える会（患者会）
【後援】すまいーくらぶ

【お問い合わせ先】

福岡食物アレルギーネットワーク 事務局 安部泰佑
TEL：092-291-1133 090-5082-5741
Eメール：abe.taisuke@lilac.plala.or.jp

（当講演会は、公益財団法人ニッポン食の未来財団の助成を受けています）

第3回 ふくおか食物アレルギー攻略法講座 参加申込書

【FAX の場合】 以下をすべてお書き込みの上（*印必須）、そのままお送り下さい。

福岡食物アレルギーネットワーク 事務局行 FAX : 092-291-1212

① *お名前 (参加者全員分)				
フリガナ				
お名前				
② *代表者様のご所属 (複数可)				
<input type="checkbox"/> 患者または家族 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> その他				
*ご所属施設名 : _____				
③ ご連絡先				
*住所 〒 _____				
*電話 _____				
*FAX _____				
*メールアドレス §当ネットワーク web 会員 (無料) に登録させていただきます § _____				
④ ご参加人数				
*大人 _____ 人				
*子ども _____ 人 ・お預かりご希望 (6ヶ月～10歳まで) ・希望しない				
お預かりご希望の場合				
1) 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 (お名前: _____)				
*アレルギーのある食材				
・卵・ミルク・小麦・ソバ・落花生・エビ・カニ・大豆・それ以外 (_____)				
2) 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 (お名前: _____)				
*アレルギーのある食材				
・卵・ミルク・小麦・ソバ・落花生・エビ・カニ・大豆・それ以外 (_____)				
3) 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 (お名前: _____)				
*アレルギーのある食材				
・卵・ミルク・小麦・ソバ・落花生・エビ・カニ・大豆・それ以外 (_____)				
4) 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 (お名前: _____)				
*アレルギーのある食材				
・卵・ミルク・小麦・ソバ・落花生・エビ・カニ・大豆・それ以外 (_____)				